CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **02260212414-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/20

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
CORRALES	PEREZ	LUIS HUMBERTO	34	1991/02/03	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
IMDCG MEXICO, S.A. DE C.V.	2001-0371927	2026/03/02	2025/12/16	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CORRALES	PEREZ	LUIS HUMBERTO	TITULAR	0000000000315-00	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico HEMORROIDES

Clave del Padecimiento: I84-.8

Fecha de Inicio: 2026/03/20

Clave Procedimiento

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico 45378 - 0- 0

TRATAMIENTO MEDICO

DR. ADRIAN MARTINEZ HERRERA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **101,321.46**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD — Negociación: SI — RED

Nombre del Médico: N

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **3,566.22**

Coaseguro %

Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos

Gastos no cubiertos por la póliza:

Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado,gastos del recién sano,gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.

IMPORTANTE:

El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.

Observaciones

CARTA DE ALTA HOSPITALARIA
PROCEDE CON DEDUCIBLE $3566.22 SIN COASEGURO POR ENDOSO
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

Lugar y Fecha México D.F. a 20 de M A R Z O del 2026

Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición

Gerente Pago Directo GMM	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico